営 業 所 の 平 面 図

名　称	豊 島 ○ ○
所在地	東 京 都 豊 島 区 東 池 袋 一 丁 目 2 0 番 9 号 □ □ ビ ル ◇ 階 ×××号 室 TEL○○（○○○○）○○○○

営業所を上部からみた平面図を記載してください。
また、別紙に記載した平面図を添付する際には、
「別紙のとおり」と記載し添付してください。

※ 当該営業所以外の保管設備　：　別紙平面図のとおり

名　　称　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（平成　　年　　月　　日許可・申請）

所 在 地　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ 注　意 ）

1　奥行き、間口をm等で記載し、住居等との区画を記載すること。

2　医療機器の陳列貯蔵の位置、大きさ（m等）を記載すること。

※　医療機器が大型である等により同一事業者が別の専用保管場所を設置する場合は、その名称、所在地及び届出年月日を記載し、その平面図を添付すること。